

Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina

Carlos Malamud | Investigador principal, Real Instituto Elcano | @CarlosMalamud 

Rogelio Núñez | Investigador senior asociado del Real Instituto Elcano y profesor colaborador del IELAT, Universidad de Alcalá de Henares | @RNCATELLANO 

Tema

Los países de América Latina se acercan al pico de la segunda oleada de la pandemia mientras se desarrolla la vacunación, tardía, lenta, desigual y heterogénea. Al no existir ninguna coordinación regional, cada país afronta en solitario la pugna geopolítica mundial por las vacunas.

Resumen

Los países de América Latina han comenzado a vacunarse contra el COVID-19 con nuevas muestras de desunión y fragmentación. La integración ha tenido un papel marginal, sin existir un proceso regional o subregional de compra coordinada de vacunas. Tampoco se ha apostado por una validación conjunta de su uso. La marginalidad de la región es más llamativa al darse en plena pugna mundial entre las grandes potencias, tradicionales y emergentes, por ganar influencia internacional y acumular *soft power*, proporcionando vacunas a los países con dificultades de acceso o cuya demanda está sin cubrir.

Análisis

Los países de América Latina ya han entrado en el segundo capítulo de este nuevo tiempo marcado por la pandemia y sus efectos sobre la gobernabilidad, la viabilidad económica y la estabilidad social. Si entre marzo y diciembre de 2019 transcurrió la primera ola (y una segunda en Europa), desde fines del año pasado y lo que llevamos de 2021, América Latina –en medio de su segunda etapa- afronta la vacunación, como un elemento clave en su búsqueda por recuperar la “normalidad”.

En 2020 los países latinoamericanos mostraron falta de coordinación ante la expansión del virus, con respuestas unilaterales y diferentes. Esta situación se ha repetido con la vacunación. La nota dominante ha sido el bilateralismo, en lugar de una respuesta coordinada y multilateral. Esto genera muchas diferencias a la hora de adquirir las vacunas y comenzar a aplicarlas, un proceso aún en ciernes. Frente a la pugna geopolítica entre EEUU, la UE, el Reino Unido, China y Rusia por ganar influencia y “poder blando”, la región es un mero espectador, con escaso margen de acción. Ante este fenómeno, la división profundiza la debilidad de América Latina y disminuye su capacidad de negociación internacional.

Cuatro características definen la coyuntura latinoamericana: (1) el papel secundario de los organismos de integración para coordinar las negociaciones con los laboratorios farmacéuticos o aquellos gobiernos que han desarrollado vacunas (China y Rusia); (2) la incidencia regional de la pugna geopolítica; (3) la politización de la vacunación; y (4) la heterogeneidad de las estrategias nacionales.

(1) Bilateralismo y ausencia de los organismos de integración

La negociación y adquisición de la vacuna ha vuelto a incidir sobre los límites y déficit de la integración regional. Tanto los organismos de carácter continental (CELAC y ALBA) como los subregionales (Unasur, Prosur, Mercosur y Alianza del Pacífico) han tenido un papel menor y periférico. Tampoco han sabido coordinar una respuesta conjunta para facilitar su acceso al fármaco y conducir las negociaciones con las farmacéuticas. Este fracaso ha provocado amargas reflexiones entre algunos dirigentes. El argentino Alberto Fernández, en su reciente visita a Chile, dijo que “a veces pienso que si hubiésemos estado más juntos y más unidos, seguramente podríamos haber sobrellevado mejor las cosas”.

Incluso en la última reunión virtual del Grupo de Puebla se llamó a la integración regional para combatir a la pandemia. Pero en vez de avanzar en torno a medidas concretas, los participantes mantienen las afirmaciones retóricas de siempre. Dado que en dicho Grupo están representados políticos que actualmente tienen altas responsabilidades de gobierno (Argentina, Bolivia y México) o las tuvieron hasta hace poco tiempo (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay), el resultado del llamamiento es poco esperanzador.

El papel periférico de los organismos supranacionales ha conducido a la mayoría de gobiernos latinoamericanos a poner en marcha una estrategia mixta para comprar vacunas, bien adquiriéndolas por su cuenta, mediante negociaciones directas con las farmacéuticas o ciertos gobiernos, o bien entrando en el programa COVAX (Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19). La mayoría de los países de la región depende para completar sus necesidades sanitarias del COVAX, una propuesta impulsada por la ONU, bajo el paraguas de la OMS, que inicialmente contó con el apoyo de actores públicos, como la UE, y privados, como la Fundación Bill y Melinda Gates. Posteriormente se unió China, que veía mayores obstáculos que ventajas en seguir fuera, y EEUU tras la llegada de Joe Biden a la Casa Blanca. De momento, la gran ausente es la Rusia de Vladimir Putin.

El programa COVAX, que sólo garantiza entre el 10% y el 20% de las necesidades de cada país, no comenzará a distribuir vacunas hasta finales de marzo o comienzos de abril y, por ahora, en cantidades limitadas, dada la escasa disponibilidad de viales en los laboratorios. En el segundo semestre llegarán la mayoría de las dosis aseguradas para 2021, sobre todo para las naciones de menores recursos (como Guatemala, Haití u Honduras). Hasta este momento, por las grandes dificultades de oferta, COVAX ha funcionado de forma más lenta de lo esperado e inicialmente se calculó que las primeras partidas se entregarían en mayo o junio.

Dado que los países de ingresos altos y, en menor medida, medios, han comprado directamente grandes cantidades de dosis (actuales y futuras) a los proveedores, quedan pocas disponibles para COVAX, que necesita administrar 2.000 millones de dosis hasta fines de 2021 de modo de alcanzar su objetivo. Esta situación provocó malestar en algunos gobiernos. El ministro de Salud paraguayo, Julio Mazzoleni, se quejó de que su país fue de los primeros en suscribir el acuerdo y adelantar dinero y que su esfuerzo no fue recompensado. Por eso, dijo, “lamentamos profundamente el retraso”. Finalmente, COVAX notificó a los países latinoamericanos que comenzarían a recibir la vacuna de AstraZeneca a partir de la segunda mitad de febrero y en el segundo trimestre de 2021.

Los mecanismos de integración regional han estado al margen del ingreso al COVAX. Ni siquiera los países con menores recursos han activado sus instituciones para planificar alguna respuesta coordinada. Es el caso de América Central y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). Cada uno de sus seis países inició negociaciones separadas con COVAX Facility. Han comenzado a negociar directamente con las farmacéuticas y para adquirir sistemas especiales de refrigeración para su almacenamiento. La falta de respuestas centralizadas y coordinadas la muestra el Partido Nacional de Honduras (oficialista) que pidió al SICA poner en marcha los “mecanismos” necesarios para comprar la vacuna para los países centroamericanos.

La única iniciativa de coordinación latinoamericana que prosperó fue la impulsada en agosto por México y Argentina, junto con la Fundación Slim, para fabricar y distribuir la vacuna de la Universidad de Oxford-AstraZeneca, de modo de ponerla a disposición de los países de CELAC. Tras su aprobación en Argentina (diciembre) y México (enero), laboratorios de ambos países se encargarán de producir 250 millones de dosis para América Latina. Las fabricará el argentino mAbxience y envasará el mexicano Liomont. A mediados de enero, México recibió un millón de dosis de AstraZeneca provenientes de Argentina, y se prevé su envasado para fines de marzo.

(2) América Latina en la pugna geopolítica de la vacuna

América Latina se ha visto inmersa en la pugna geopolítica por la búsqueda de la vacuna y también en su producción, comercialización y distribución. Esto afecta a laboratorios chinos (Sinovac, CanSinoBIO y Sinopharm) y rusos (Gamaleya y VECTOR) frente a los de EEUU y la UE (Moderna, Pfizer, AstraZeneca, Janssen (Johnson & Johnson y Novavax). China y Rusia han visto aquí una herramienta para ganar influencia y prestigio internacional (*soft power*) al abastecer a países de escasos recursos financieros y dificultades para acceder a los viales. Han diseñado planes para poner sus vacunas a disposición de naciones de renta baja y media a través de préstamos para financiar la operación. Según la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, Pekín propuso U\$1.000 millones en préstamos a países con serias dificultades para vacunar.

Rusia, cuya vacuna no ha contado con el necesario respaldo científico a sus ensayos clínicos hasta el mes de febrero, cuando recibió el aval de *The Lancet*, ha logrado que la Sputnik V se produzca en Brasil. Argentina comenzó a vacunar con ella en diciembre. Bolivia, que ya ha aprobado su utilización, tiene un contrato para recibir 5,2 millones de

dosis en marzo. Sin embargo, dados los ritmos actuales de producción de las fábricas rusas, esa cifra será difícil de alcanzar y la entrega está siendo muy limitada.

Prueba del importante papel que Rusia asigna a su vacuna es que *Sputnik*, una de las principales usinas mundiales de propaganda rusa, se centra en mostrar los “éxitos” de su producto frente a los problemas ajenos. Su página web en español, pensada para penetrar e influir en América Latina, contaba cómo “en agosto pasado, los gobiernos de México y Argentina anunciaron orgullosos que en sus tierras se producirían las dosis para la región de la vacuna desarrollada por el laboratorio AstraZeneca y la británica Universidad de Oxford. Sin embargo, la primera vacuna que le llegó a los ciudadanos argentinos fue la Sputnik V, fabricada por Rusia a un volumen de 3,5 millones de dosis al mes. En total Argentina se comprometió a adquirir 20 millones de dosis de la vacuna Sputnik V de las cuáles ya llegaron 300.000 y [próximamente] arribará el segundo lote de 300.000”. Sin embargo, y pese al exitismo de la propaganda rusa, a Argentina habían llegado a principios de febrero solo 880.000 dosis, cuando para finales de enero se contaba con que habría recibido 5.000.000 de dosis.

Pese a estas dificultades, la capacidad de influencia de China y Rusia se ha incrementado debido a la compra masiva de EEUU y los gobiernos europeos, que han dejado desprovistos a los países de ingresos bajos y medios. El secretario ejecutivo adjunto de la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), Mario Cimoli, denunció el acaparamiento de vacunas por los países más ricos. Según sus cálculos, “EEUU llega a cubrir la población en un 199%; la Unión Europea, en un 199% y Canadá, alcanza el 532% y de una producción de 6,5 billones de dosis de la vacuna, Latinoamérica tiene por contrato sólo acceso a un 11% y África a un 4 %”.

Ante esto, China ha decidido convertirse en el gran suministrador mundial para los países con menores opciones de compra. El presidente Xi puso a las vacunas en el centro de su estrategia internacional al considerarlas un “bien de utilidad pública mundial”, y las pondrá a disposición de quienes las soliciten. China, con tres vacunas en desarrollo, de los laboratorios Sinopharm, CanSinoBIO y Sinovac, ha intensificado el suministro al exterior. Ante la carencia y retrasos de vacunas, Brasil comenzó a repartir seis millones de dosis de Sinovac, fabricadas por el paulista Instituto Butantan, encargado de producir y distribuir al resto de América Latina. Por su parte, el Instituto de Salud Pública de Chile aprobó el uso de la misma vacuna. Argentina está negociando la entrega de 15 millones de dosis con Sinopharm y Perú acordó comprar 38 millones de dosis del mismo laboratorio.

Existen ciertos paralelismos entre el posicionamiento internacional de algunos países y su apuesta por ciertas vacunas, básicamente en función de una mayor sintonía política o de alianzas preexistentes. Venezuela, Nicaragua, Bolivia y Argentina están más cerca de China y Rusia, lo que explicaría su opción por sus vacunas. Pero, no todas estas elecciones se vinculan al alineamiento ideológico, sino a la urgencia para solucionar los retrasos de Pfizer, las limitaciones de COVAX y el elevado precio de otras. Chile, gobernado por una coalición de centro derecha, adquirió dosis de Sinovac y São Paulo, en manos de un partido de centro derecha, fue el primer estado brasileño en aplicar la CoronaVac.

A la hora de valorar la adquisición de la vacuna no debe considerarse solo el precio por dosis sino el de todo el proceso de vacunación (distribución y aplicación). Como ha señalado Jacob Mardell, del *think-tank* alemán Merics: “La distribución de vacunas va a seguir el mapa de las desigualdades globales”. Mientras los países más ricos se han nutrido de las vacunas occidentales, China se está concentrando en abastecer a América Latina, África y el sureste asiático, gracias a su capacidad manufacturera y a la probable competitividad en su precio. Mientras el relato de la llamada “cooperación sur-sur” siga teniendo adeptos, las opciones de China en América Latina se mantendrán elevadas, aunque los riesgos pueden ser altos, como en las primeras fases de la pandemia y el fracaso de la llamada “diplomacia de la mascarilla”, con envíos de mascarillas, equipos de protección individual y respiradores deficientes.

(3) La politización interna de los procesos de vacunación

La adquisición de vacunas y la elección de por cuál inclinarse ha desatado discrepancias y polémicas en varios países, evidenciando la fragmentación, polarización y ausencia de consenso en materia de políticas públicas en buena parte de la región. La división no sólo es regional, sino también se da en el interior de los países.

En **Brasil** las vacunas se han convertido en un arma política y electoral con vistas a las presidenciales de 2022. Ha desatado un choque institucional entre el gobierno de São Paulo, encabezado por el gobernador João Doria (PSDB, centroderecha), y el presidente Bolsonaro, que han pasado de ser aliados a rivales políticos de cara a 2022, y han contaminado la vacunación.

Frente a las dilaciones y a las políticas negacionistas de Bolsonaro, Doria intentó acelerar la vacunación en su estado y acusó al presidente de bloquear su iniciativa a través de la Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), el organismo encargado de aprobar las vacunas, lo que había paralizado el proceso. La decisión fue transmitida por Bolsonaro como una victoria política: “Muerte, invalidez, anomalía... esta es la vacuna que Doria quería obligar a los paulistas a tomar. El presidente dijo que la vacuna jamás podría ser obligatoria. Otra que gana Jair Bolsonaro”, declaró en Facebook. Toda esta situación suponía finalizar una gestión caracterizada por el apoyo a las campañas para desacreditar la efectividad de la vacunación (“Algunos dicen que estoy dando un pésimo ejemplo. ¡Idiota, yo ya tuve el virus! Yo ya tengo anticuerpos, ¿para qué vacunarme otra vez?, y otra cosa que quede bien clara: Pfizer lo deja bien claro en el contrato; ‘Nosotros no nos responsabilizamos por cualquier efecto colateral, si te conviertes en un caimán es tu problema, j*d*r.’”).

A sus posturas negacionistas ha unido la volatilidad de sus opiniones. Durante meses lideró una campaña contra la vacuna china como una forma de desacreditar a Doria quien, junto al Instituto Butantan, gestionó su importación y transferencia de tecnología. Bolsonaro, que también se opuso a la vacunación obligatoria hasta que el Tribunal Supremo decretó su obligatoriedad, la calificó de forma despectiva como la “vacuna china de João Doria”. Sin embargo, en enero dio un giro a su postura al afirmar que el antígeno desarrollado por Sinovac y el Instituto Butantan es la “vacuna de Brasil” y “no de ningún gobernador”.

En **México**, la polémica gira en torno al plan de vacunación del gobierno federal, rechazado por un grupo de gobernadores de la oposición. Tras una larga polémica, López Obrador anunció que los estados, si así lo desean, podrán comprar directamente aquellas aprobadas por el Gobierno –Pfizer y AstraZeneca–. Esta decisión contradice la línea seguida por el presidente y el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell, quien coordina a escala nacional la lucha contra la pandemia y apuesta por políticas centralizadas. A esto se une que en pleno inicio de la vacunación dimitió Miriam Veras Godoy, directora general del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, de la secretaría de Salud, que participó en el diseño de esquema de vacunación contra el COVID-19 en México.

Casos similares de politización se han dado en **Colombia**, donde se acusó al gobierno de haber pagado más por la vacuna de AstraZeneca que otros países, como EEUU. Esto llevó al presidente Duque a pedir que no se utilice el proceso como una “herramienta de ataque político coyuntural”. Esta polémica se unía a otra anterior, causada por la decisión del ejecutivo de excluir a los emigrados venezolanos de la vacunación. Ante el debate interno, la mala imagen internacional y las acusaciones externas (Maduro comparó a Duque con Hitler), el gobierno hizo un llamado a la comunidad internacional para recibir ayuda, atender a los emigrados venezolanos y vacunarlos.

En **Argentina** la elección de la vacuna rusa también provocó una fuerte polémica en el país. Primero, por haberse inclinado por el producto de un gobierno autoritario y no haber conseguido despertar la suficiente confianza entre los laboratorio europeos o estadounidenses. Además, hay dudas sobre su efectividad, después de que Vladimir Putin dijera que no estaba lista para los mayores de 60 años.

(4) Heterogeneidad de los planes de vacunación

La atomización de América Latina ha provocado una gran diversidad en los acuerdos alcanzados y con qué laboratorios. El ritmo de negociación ha sido diferente, al igual que el comienzo de la vacunación, mientras la UE la empezó coordinadamente el 27 de diciembre.

En América Latina la vacunación se caracteriza por su mayor lentitud (pocos países habían comenzado en enero) y heterogeneidad. Mientras a mediados de ese mes algunos llevaban un mes vacunando (México, Chile, Costa Rica y Argentina), para las mismas fechas otros aún no habían firmado ningún acuerdo con algún laboratorio (Uruguay, Paraguay y Guatemala) o empezaban a hacerlo en la segunda mitad del mes (Brasil y Panamá).

Figura 1. Inicio de la vacunación

País	Fecha
México	24 diciembre 12 de enero (inicio vacunación masiva)
Chile	24 de diciembre
Costa Rica	24 de diciembre
Argentina	29 de diciembre
Brasil	20 de enero
Panamá	20 de enero
Bolivia	29 de enero Vacunación masiva arranca en marzo
Perú	Prevista para el 10 de febrero
Colombia	Prevista para el 20 de febrero

Fuente: los autores.

Las dos grandes potencias regionales, Brasil y México, han seguido estrategias y acuerdos diferentes. México empezó vacunando con Pfizer-BioNTech, pero los retrasos en el suministro las han llevado a compensar la reducción con otras, como Sputnik V, CanSinoBIO y AstraZeneca. Brasil ha mantenido una estrategia diferenciada, incluso con sus socios de Mercosur, especialmente Argentina. Brasil aprobó el uso de emergencia de las vacunas Sinovac y AstraZeneca-Oxford. Si bien inicialmente Avinsa rechazó autorizar la vacuna rusa, porque los documentos no reunían “requisitos mínimos de presentación y análisis, y las cuestiones relacionadas con las buenas prácticas de fabricación”, las nuevas presiones predicen una situación diferente. Mientras tanto, Argentina comenzó en diciembre la vacunación contra el COVID-19 sólo con la Sputnik V, aunque con resultados menores a los inicialmente previstos.

Las diferencias entre socios también se dieron en otras zonas. América Central, con uno de los procesos de integración regionales más antiguos –en la década de los 60–, ha dado muestras de heterogeneidad y falta de coordinación para impulsar la vacunación. Algunos países centroamericanos han sido de los primeros en vacunar (Costa Rica) en América Latina, mientras otros, como Guatemala, a mediados de enero aún no habían comenzado a negociar con las farmacéuticas. La mayoría de estos países, de escasos recursos, ha optado por el COVAX.

Guatemala acumula un gran retraso. A mediados de enero no había permitido importar ninguna vacuna, pero se aseguró las dosis necesarias para inmunizar a 3,3 millones de guatemaltecos (el 20% de la población). Honduras tiene “garantizado el acceso a la vacuna” para el 20% de la población mediante la COVAX Facility, y otro 20% con una compra con “fondos rotatorios” de la OPS, y representa más de ocho millones de dosis. En Nicaragua el secretismo es total, aunque probablemente la elegida sea la Sputnik V. Costa Rica y Panamá han negociado más rápidamente para crear una bolsa

diversificada de vacunas. Costa Rica empezó a vacunar el 24 de diciembre (Pfizer-BioNTech) y Panamá el 20 de enero.

Cuba es un caso aparte, pues ha visto en la vacuna una herramienta para reconstruir su mermado prestigio internacional. Está impulsando ensayos clínicos de la Soberana 02, el proyecto más avanzado de los cuatro en experimentación. En enero suscribió un acuerdo con el Instituto Pasteur de Irán para trabajar juntos en los ensayos clínicos de la Soberana 02.

Más allá de Cuba, con un futuro aún por definir, América Latina ha vuelto a evidenciar graves déficit en ciencia y tecnología. La mayor parte de la investigación primaria que ha permitido alcanzar las vacunas ya desarrolladas, o a punto de comercializarse, no se ha realizado en la región. Otra cosa son los ensayos para determinar su viabilidad, o la posibilidad de que bien la vacuna o bien los viales se fabriquen en ellos. Pero estos no son aportes fundamentales. De todos modos, las pruebas desarrolladas en cada país condicionaron en buena medida las negociaciones posteriores, aunque no se trató de hechos determinantes.

En los Andes, mientras Perú se inclinaba por la vacuna china de Sinopharm, Bolivia, como Argentina y Venezuela, lo hizo por la rusa, aunque también ha adquirido cinco millones de dosis de AstraZeneca. Por el contrario, Ecuador ha cerrado acuerdos con AstraZeneca y Pfizer además de las vacunas que recibirá de COVAX y está negociando con Johnson & Johnson, Novavax y Sinovac.

En la negociación con los laboratorios occidentales no sólo contó la iniciativa gubernamental, sino también la confianza que inspiraba cada gobierno, en relación a su solvencia, capacidad de endeudamiento y la seguridad jurídica. En este sentido, por ejemplo, las garantías (confianza) que ofrecen Argentina y Chile son muy diferentes. Chile cerró acuerdos para vacunar a toda su población (18 millones de habitantes) a mediados de 2021. Inició la vacunación el 24 de diciembre con la de Pfizer-BioNTech, y comprometió otros 2.000.000 de dosis de Sinovac. También firmó contratos con AstraZeneca-Oxford y Janssen. Argentina no pudo acordar con los laboratorios occidentales y su margen de acción final se redujo a adquirir la vacuna rusa.

Figura 2. Acuerdos de países latinoamericanos con laboratorios

País	Acuerdos
México	Empezó la vacunación con Pfizer-BioNTech Aprobó el uso de AstraZeneca-Oxford, Sputnik V y CanSinoBIO Miembro de COVAX
Guatemala	Miembro de COVAX En negociaciones con farmacéuticas
El Salvador	Autorizada AstraZeneca Miembro de COVAX
Honduras	Miembro de COVAX

Nicaragua	En negociaciones con laboratorios Miembro de COVAX
Costa Rica	Ha comprado 3 millones a Pfizer Acuerdo con COVAX para vacunar a 1 millón de personas y con AstraZeneca para 500.000 más
Panamá	U\$56 millones para comprar 5,5 millones de vacunas: 3 millones de Pfizer; 1.092.000 de AstraZeneca; 300.000 de Johnson y Johnson; y 1.112.410 de COVAX
República Dominicana	Cuenta con una cartera mixta: 10 millones de dosis con AstraZeneca; 8 millones con Pfizer-BioNTech; y 2 millones con COVAX
Cuba	Fase de ensayos clínicos de la Soberana 02, la más avanzada de sus cuatro potenciales vacunas, que realiza el Instituto Finlay de Vacunas (IFV) en cooperación con Irán Desarrolla las vacunas Soberana 01, Mambisa y Abdala.
Colombia	Tiene pactadas la adquisición de vacunas para 10 millones de personas, o 20 millones de dosis a través de COVAX Preacuerdos para adquirir vacunas directamente a Pfizer para 5 millones de personas; Oxford/AstraZeneca para otros 5 millones; Janssen, con 9 millones de dosis; 10 millones de dosis de la vacuna de Moderna para 5 millones de colombianos; y 2,5 millones de Sinovac para 1,25 millones.
Venezuela	Acuerdo con el Fondo Ruso de Inversión Directa (RDIF), para suministro y producción en Venezuela de la Sputnik V
Ecuador	Ha adquirido: 4 millones de AstraZeneca; 2 millones de Pfizer y 4 millones de COVAXX de United Biomedical COVAX por GAVI, un total de 8 millones En negociación con Johnson & Johnson, Novavax y Sinovac
Brasil	Aprobó el uso de emergencia de Sinovac y AstraZeneca CoronaVac, de Sinovac, producida en São Paulo por el Instituto Butantan, es la única disponible actualmente en el país
Perú	28,5 millones de dosis de la vacuna del laboratorio Sinopharm Tiene previsto adquirir la AstraZeneca
Bolivia	Recibirá 3,6 millones de la iniciativa COVAX Acuerdo con el Fondo Ruso de Inversión Directa (RDIF), para el suministro y producción en Venezuela de la vacuna Sputnik V. Ya ha recibido el primer lote Se encuentra negociando con Pfizer, Moderna, Sinovac, Sinopharm y AstraZeneca
Chile	Inició la vacunación el 24 de diciembre con Pfizer-BioNTech 2 millones de dosis de Sinovac llegaron el 29 de enero También ha firmado acuerdos con Oxford/AstraZeneca y Janssen

Paraguay	Tiene previsto adquirir 4,2 millones de dosis a través de COVAX Acuerdos con tres farmacéuticas
Uruguay	El presidente Lacalle Pou, anunció que su gobierno finalmente eligió la Pfizer/BioNTech y la Sinovac
Argentina	En diciembre inició la vacunación con la Sputnik V También aplicará la AstraZeneca

Fuente: los autores.

La tentación de abastecerse con la Sputnik V o la CoronaVac, de Sinovac, es grande. Especialmente frente a otras opciones, como las de la Universidad de Oxford – AstraZeneca (Reino Unido), Pfizer-BioNTech (EEUU y Alemania) y Moderna (EEUU)–, sobre todo por los retrasos en la producción, la escasez de insumos, que incluso está afectando a la vacunación, y al acceso a las vacunas en la UE. México, una de las naciones del mundo que menos dosis ha administrado por 100.000 habitantes, ha optado por un entendimiento con Rusia y recibirá 24 millones de dosis de Sputnik V, tras una gestión de López Obrador con Putin para romper el atasco que padece su país.

A medio plazo, el producto de la Universidad de Oxford y AstraZeneca probablemente será el de mayor impacto en América Latina, tanto por su bajo precio en comparación a sus rivales como por la facilidad para transportarlo. AstraZeneca tiene la ventaja de ser poco costosa (alrededor de US\$3 por dosis). Además, es fácil de almacenar: puede conservarse a la temperatura de una nevera, es decir, entre -2°C y -8°C, a diferencia de las vacunas de Moderna y de Pfizer-BioNTech, que sólo pueden ser almacenadas a largo plazo a temperaturas muy bajas (-20°C la primera y -70°C la segunda).

Figura 3. Precios de la vacuna

Vacuna	Precio estimado por dosis
AstraZeneca	En torno a US\$3
CanSinoBIO	U\$4
Sputnik V (Gamaleya)	En torno a U\$10
Janssen (Johnson & Johnson)	En torno a U\$10
Pfizer-BioNTech	En torno a U\$20
Moderna	En torno a U\$25
CoronaVac (Sinovac)	En torno a U\$30
Sinopharm	En torno a US\$72

Fuente: los autores.

Conclusiones

Los problemas históricos de América Latina (falta de inversión en capital humano y físico y capacidad de impulsar políticas públicas coordinadas a escala regional) han salido a

relucir en la vacunación, como ocurrió en 2020, cuando el reto fue contener la pandemia. El momento político-institucional (fragmentación y alta polarización política en la mayoría de los países) también entorpece el diseño de ese tipo de respuestas coordinadas dentro de cada país, al haber desatado pugnas políticas en torno a los planes de vacunación. El intenso calendario electoral ha convertido la búsqueda de la vacuna y la logística de la vacunación en una cruenta lucha política entre gobiernos y oposiciones. Brasil y México son sólo dos ejemplos de cómo el poder central se enfrenta a los poderes locales y regionales, en una disputa que intentan rentabilizar los oficialismos, que esperan, de ese modo, no ser penalizados con el voto de castigo por su deficiente gestión de la crisis.

Esta debilidad estructural latinoamericana ha corrido en paralelo con un modelo y unos organismos de integración regional que han vuelto a demostrar su ineficacia e incapacidad de resolver los problemas concretos: una integración que, en los hechos, no existe más allá de palabras huecas e instituciones vacías de competencias reales; y una situación acentuada por unos gobiernos incapaces de posponer sus intereses inmediatos y sus prejuicios políticos e ideológicos respecto a los vecinos, lo cual no ha hecho más que agravar unos problemas visualizados prácticamente como irresolubles. La gran conclusión es que ninguna de las múltiples instituciones regionales o subregionales, ninguna, ha sabido estar a la altura de una crisis tan brutal.

A corto plazo el reto principal pasa no sólo por adquirir un número suficiente y lo antes posible de vacunas para inmunizar a la población sino por hacerlo de forma transparente y eficiente. Sin embargo, dadas las debilidades existentes, el inicio de la vacunación ha sido tardío (algunos países ni siquiera han comenzado), limitado y desigual.

Al mismo tiempo, existen algunos problemas transversales, presentes en mayor o menor medida según los países considerados. Uno es la falta de confianza ciudadana en un proceso que se ha visto reforzado por el oscurantismo de sus gobiernos. Esa falta de transparencia redundará en la vacunación anticipada de personas no pertenecientes a los grupos de riesgo prioritarios pero que intentarán beneficiarse de su posición, riqueza o poder. Una falta de transparencia que, de darse, puede deteriorar aún más la confianza de la ciudadanía hacia unos Estados históricamente ineficaces e ineficientes que han profundizado esas falencias y generado aún mayor desafección durante la pandemia.

Además, esos Estados con graves problema de funcionamiento se enfrentan a los retos derivados de los déficit crónicos de infraestructura incrementados ahora por la compleja logística del aprovisionamiento y de la vacunación: una difícil orografía, largas distancias y malas comunicaciones. Una parte importante del continente se encuentra en zonas tropicales o subtropicales, lo que dificulta aún más la distribución de un fármaco, que en algunas de sus variantes hace necesario condiciones de refrigeración especiales (la vacuna de Pfizer requiere de frigoríficos que permitan conservarla a -70°C). Países importantes como México han admitido que carecen de la necesaria red de ultracongelación. A esto se agrega, en muchos casos, la necesidad de impartir dos dosis por persona, lo que retrasará sin duda todo el proceso.

La vacunación también supone un reto sobre el papel de América Latina en el tablero geopolítico mundial y como pueden quedar situados sus países en el nuevo orden internacional en gestación. En política internacional nada es gratis y nadie regala nada. Muchos países deberán endeudarse y no sólo para pagar los créditos con los que comprar las vacunas. En Argentina se ha sabido que Rusia instalará una estación satelital y Ecuador aún está lastrado por los préstamos chinos garantizados con su petróleo. Por eso, cuánto más claro y transparente sea el proceso de adquisición de las vacunas, menos riesgos y compromisos futuros habrá que asumir. El problema no es que se busquen soluciones alternativas ante las dificultades de aprovisionamiento de una vacuna u otra, el problema es que las negociaciones no sean transparentes y alberguen agendas ocultas. Si bien la urgencia sanitaria exige remedios urgentes y drásticos, si no se actúa con tino habrá hipotecas futuras que serán sencillamente impagables.